Приложение 1

к Порядку направления несовершеннолетних получателей социальных услуг в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок»

Руководителю организации  
социального обслуживания  
населения Ставропольского края

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес родителя (законного представителя) ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заявление.

Прошу Вас предоставить моему ребенку (опекаемому мною ребенку) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)

направление в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок» (стационарное отделение реабилитации/ стационарное отделение реабилитации детей по типу «Мать и дитя»), расположенное в пос. Подкумок Предгорного района (далее – Центр).

Ребенок относится к категории детей-инвалидов / детей с ограниченными возможностями здоровья (нужное подчеркнуть), и проживает по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

С условиями направления в Центр согласен(а). Обязуюсь доставить ребенка в Центр и забрать его после окончания срока пребывания в Центре самостоятельно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.